

Algemeen medische informatie

De globalisering van gezondheid II

Ontwikkelingen

De vorige aflevering meldde grote verschuivingen in ziekte- en sterftepatronen in de wereld, in samenhang met economische en demografische transitie in de rol zowel van oorzaak als van gevolg. Nu volgt een meer gedetailleerd beeld van de gezondheid van de mensheid in het perspectief van verleden en toekomst. Naast twee eerder vermelde publicaties,^{1,2} zijn twee RIVM-publicaties over de staat van volksgezondheid en milieu geraadpleegd.^{3,4}

De enorme verschuivingen van de laatste 150 jaar in de Nederlandse volksgezondheid worden nog overtroffen door de snelheid van ontwikkelingen in de derde wereld. Omdat bij ons het proces van demografische en gezondheidstransitie trager verliep, en de determinanten bovendien min of meer na elkaar op het toneel verschenen, kunnen we een vrij helder beeld opbouwen van onze gezondheidsontwikkeling. Maar in de derde wereld tuimelen de invloeden op de volksgezondheid over elkaar heen, zodat hun afzonderlijke belang bijna niet te schatten is. Nu eerst een beeld van Nederland, daarna een blik naar buiten.

Nederland

Eigenlijk was onze gezondheidssituatie in het begin van de eeuw niet zoveel anders als nu in de 'arme landen'. De levensverwachting was ruim 50 jaar, veel kinderen haalden hun vijfde verjaardag niet en begrafenissen van mensen van jonge of middelbare leeftijd waren gewoon, met infectieziekten vaak als oorzaak. Ook overbelastend en ongezond werk en verkeerde voeding hadden impact. Nu sterft 90% van de bevolking na het 60e jaar en hart- en vaatziekten en diverse vormen van kanker vormen tezamen driekwart van de doodsoorzaken. Een ziekte als AIDS maakt veel slachtoffers onder mannen van 25 tot 50 jaar, iets wat terecht indruk maakt; maar honderd jaar geleden was het aan de orde van de dag dat mensen in de kracht van hun leven stierven aan pneumonie of tuberculose.

Nu de collectieve beschermingsmaatregelen zeer uitgebreid zijn en gezondheidszorg gemakkelijk beschikbaar, wordt een relatief groot deel van de ziektelast veroorzaakt door de levensstijl. Deels komt dat door het wegvallen van veel andere factoren, waardoor op hogere leeftijd de rekening gepresenteerd wordt van een vaak decennia durende nadelige invloed, zoals roken, dierlijk vet of bewegingsarmoede. Vroeger was dat een privilege van de rijken: op het eind van een langer leven ondervonden zij de nadelige gevolgen van hun welvaart.

Ouderdom komt met gebreken. Dat gold vroeger al, toen weinigen oud werden, en dat geldt nog steeds. 'Het eind draagt de last', en als de last niet het eind betekent dan volgt wel een andere, grotere last die het leven beëindigt. De medische consumptie in ons land (kosten: ruim 4000 gulden per persoon per jaar) wordt voor een groot deel verspijkerd in de laatste één à twee jaar van het leven. Dikwijls bij een (onvermijdelijk) lagere levenskwaliteit, hetgeen overigens meestal ook het geval is indien het levenseinde lang vóór het zestigste levensjaar valt.

Deze trend zal alleen nog maar toenemen, paradoxalerwijs dankzij nog meer preventie, nog perfectere gezondheidszorg en (nog) verstandiger leven. Als de grote doodsoorzaken wegvallen, hoe oud worden we dan? Het valt misschien tegen, maar

meer dan enkele jaren vallen niet meer te winnen. Populatiebiologen becijferen een levensverwachting van 88 jaar als het uiterst haalbare. Dat heeft alles te maken met concurrerende en vervangende ziekte- en doodsoorzaken. Wie met 76 jaar niet sterft aan een hartinfarct, heeft misschien een nog niet manifest stadium van prostaat- of borstkanker, die op hun beurt weer ingehaald kunnen worden door een beroerte of pneumonie. Want hoge leeftijden gaan gepaard met exponentieel stijgende kansen voor hordes van aandoeningen. De gemiddelde leeftijd waarop Nederlanders gaan 'sukkelen' is overigens voor mannen en vrouwen ongeveer gelijk, ergens tussen de 65 en 70 jaar. Aangezien vrouwen zeven jaar langer leven, maken zij een dubbel aantal jaren in kwakkelende gezondheid door.

Derde wereld

Een ruimende levenshorizon is geen privilege meer van de westerse mens. De levensverwachting is mondiaal al bijna 60 jaar geworden. En dat is niet het eind. In China (22% van de wereldbevolking) nam de levensverwachting de laatste 25 jaar met 12 jaar toe: een half jaar per jaar! Een belangrijke oorzaak van de langere levens is uiteraard het wegvallen van ziekte en sterfte door beïnvloeding van de determinanten daarvan. Die determinanten waren in hoge mate omgevingsfactoren zoals eenzijdige voeding, vuil water, ruim aanbod van ziektekiemen en uiterst beperkte veiligheidsmaatregelen.

Dat eiste al direct zijn tol wanneer men op de wereld kwam. Zoals men nu in Nederland aan het eind van het leven in een stortvloed van concurrerende en vervangende ziekte- en doodsoorzaken terecht komt, zo is dat ook hier eens de normale situatie geweest aan het begin van het leven. Want waren diarreeziekten, mazelen of pokken al niet fataal, dan stonden difterie en tetanus, vitaminegebrek en verdrinking, kinkhoest, meningitis en nog vele andere doodsoorzaken klaar om de overlevende te treffen. Begin vorige eeuw becijferde men in Berlijn dat koepokvaccinatie inderdaad voorkwam dat vele kinderen stierven aan de *pokken*, maar de algemene kindensterfte daalde daardoor niet. Dat verklaart waarom geïsoleerde gezondheidsmaatregelen, zoals vaccinatie tegen één enkele ziekte, voor derdewereldkinderen weinig oplevert; multifactoriële aanpak is geboden.

Ook al zijn niet alle segmenten van de bevolking in de derde wereld gelijk gezegend met verbeteringen, de totale impact van alle veranderingen is voor de volksgezondheid als geheel groot geweest. Die veranderingen zijn in zo korte tijd krachtig en al dan niet in interactie met elkaar opgetreden dat het moeilijk te ontwarren is wat hun afzonderlijke invloed was of is. Zeker is dat 'export' van voorzieningen als schoon drinkwater en riolering, vaccinatieprogramma's, zuigelingenzorg en verbeterde gezondheidsvoorzieningen, van grote invloed (geweest) zijn, naast de onmiskenbaar dominerende rol van welvaart, educatie en verworven inzicht.

Ziekte- en sterftepatronen

Mondiaal stierven begin jaren negentig zo'n 50 miljoen mensen per jaar, althans voor zover hun dood (en doodsoorzaak)

bekend was. Uiteraard weerspiegelt sterfte in meer of mindere mate de ziektelast, afhankelijk van de letaliteit van aandoeningen. Hoe was die immense menigte overledenen samengesteld?

Als we naar de leeftijden kijken, zien we dat één vijfde van de doden kinderen van 0-4 jaar in ontwikkelingslanden zijn. Hun voornaamste doodsoorzaak betreft infectieziekten. Vooral diarreeziekten eisen hun tol, speciaal onder zuigelingen. Bijna de helft van de gestorven kinderen overleed eraan; dit betekent miljoenen doden door in principe eenvoudig te voorkomen en te genezen aandoeningen. Enerzijds staat dit in schril contrast met de kindersterfte in de welvarende landen: die is tien tot twintig maal zo laag. Anderzijds betekenen de eenvoudige preventie en therapie (orale rehydratie-oplossingen) dat op korte termijn grote vermindering van de mondiale kindersterfte verwezenlijkt zal worden.

Het is niet verbazend dat de sterfte onder personen van 5 jaar en ouder niet veel uiteenloopt in de wereld. Immers, het oprekken van onze levensverwachting loopt op z'n eind en de sterftcijfers stijgen gestaag. Echter hier vindt ruim 90 procent van de sterfte boven 5 jaar plaats boven 60 jaar; in ontwikkelingslanden is die sterfte meer gelijkmatig gespreid van 5 tot 100 jaar. Maar dit plaatje zal snel veranderen: binnen enkele decennia zullen de huidige ontwikkelingslanden gezondheidsstatistieken kennen zoals wij nu produceren.

Tuberculose is de grootste enkelvoudige doodsoorzaak; bij een jaarlijkse incidentie van 9 miljoen is er een sterfte van 3 miljoen. Daarmee vertoont tuberculose een grotere letaliteit dan malaria, die goed is voor meer dan 2 miljoen doden. Malaria komt voor onder honderden miljoenen mensen; vooral hersenontsteking door de gevreesde malaria tropica is doodsoorzaak. De twee genoemde ziekten zijn goed voor 10% van de sterfte en bovendien zijn ze bepaald niet op hun retour. Tuberculose zal snel na de eeuwwisseling een incidentie van 12 miljoen bereiken, vooral door toename in Afrika en voornamelijk onder HIV-geïnfekteerden. Daarbij komt het probleem van (multi)resistente tuberkel-bacteriën, die zelfs combinatietherapieën kunnen frustreren. Bij malaria zien we toenemende resistentie van de malariamuggen tegen insecticiden en van de malariaparasiet tegen antimalariamiddelen. Effectieve vaccins ontbreken voor beide aandoeningen.

Ook andere infectieziekten zijn nog steeds een aanmerkelijke plaag, maar in hun geheel vormen ze een slinkende ziekten-sterftelast. Deels komt dat door effectieve vaccinaties; polio bijvoorbeeld is daardoor in de Amerika's verdwenen en mondiaal waarschijnlijk rond 2000, evenals hepatitis A. Meer en meer worden kinderen gevaccineerd tegen het nog schadelijker hepatitis B virus.

Heel anders staat het met de hart- en vaatziekten. Bij ons neemt sterfte door onder andere het acute hartinfarct gestaag af, dankzij dalende incidentie en steeds betere hulp. Maar met de veroudering nemen andere hartziekten zoals geleidingsstoornissen steeds toe. In ontwikkelingslanden kent men vaak nog lage incidenties en sterftcijfers voor het hartinfarct. Maar

cholesterolspiegels en zout- en sigarettenverbruik stijgen er en lichaamsbeweging neemt af. Dit betekent voor landen als China, mede door vergrijzing, op termijn een explosie van hart- en vaatziekten. Tot wellicht ons huidige niveau (45 procent van alle sterfte).

Kanker, bij ons goed voor 30 procent van de sterfte, wordt vaak beschouwd als uitvloeisel van de welvaartsmaatschappij. Maar wij hadden in de vorige eeuw wel degelijk kanker in de doodsoorzakenstatistiek. Het betrof vaak kanker die niet met de oude dag komt, maar bijvoorbeeld maagkanker die samenhangt met bewaarmethoden als roken en inzouten. Dit is nog steeds de belangrijkste kanker in de derde wereld, maar ook daar zal de koelkast de incidentie verminderen. Tabaksrook veroorzaakt longkanker en hart- en vaatziekten, bij ons respectievelijk goed voor 9000 en, omgerekend, nog eens 9000 doden jaarlijks (bijna één op de zeven doden). De tabaksindustrie geeft de strijd niet op en werft intensief in de ontwikkelingslanden. Dit kan op termijn deze levensstijlfactor tot grootste doodsoorzaak maken.

Arbeids- en verkeersongevallen waren en zijn voor ons geen geringe oorzaak van ziekte en sterfte. In ontwikkelingslanden hebben ze momenteel een grotere impact, niet op de laatste plaats door de stormachtige en chaotische ontwikkeling van het verkeer. Voorlopig zal een gunstige ombuiging van die curve in de derde wereld helaas uitblijven.

Tot slot

In kort bestek valt de mondiale gezondheidsontwikkeling niet volledig te schetsen. De belangrijkste boodschap uit deze en de voorlaatste aflevering is: eerder dan we wellicht dachten, zal vrijwel overal op de wereld een gezondheidstransitie zijn opgetreden die resulteert in een lange levensverwachting. Het is te hopen dat de daarbij behorende lage geboortecijfers, gekoppeld aan de dalende kindersterfte, en uiteindelijk resulterend in een beheerste groei, voldoende zullen bijdragen aan acceptabele bestaansmogelijkheden voor iedereen.

Dr. P. Bol, arts-epidemioloog

Literatuur

- 1 World Bank. Investing in health. World Development Report. Washington DC: Oxford University Press, 1993.
- 2 World Health Organisation. The World Health Report 1996. Fighting disease, fostering development. Geneva: WHO, 1996.
- 3 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM). Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Ruwaard D, Kramers PGN, red. Bilthoven: RIVM, 1993.
- 4 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM). Hollander AGM de, Bol P, Niessen LW. Volksgezondheid en omgevingsfactoren. Hoofdstuk 5.1 in: Milieubalans 1995. Bilthoven: RIVM, 1995.